



Request for Reasonable Accommodation/Modification

If you, or a member of your household, has a disability, and would like to ask the Housing Authority of the City of Kennewick (KHA) for an accommodation to its rules or practices or in Public Housing Program to make a modification to his or her apartment for that person to have equal use and access to KHA programs, please complete this form and return it to KHA.

Check all items that apply and explain fully. Use the other side of this form if you need more space. If you cannot fill out this form yourself, you may have someone assist you.

Please keep copies of all documents that you submit to your housing provider.

Head of Household: _____ [] NOT APPLICABLE
Current Address: _____
Phone: _____

The person(s) who has a disability requiring a reasonable accommodation and/or modification is:

[] Myself [] Household Member: _____

Requester Status:

- 1. I am disabled.
2. My disability affects or limits my activities in the following ways:

- 3. I need the following accommodation or modification because of my disability:

Please provide the name, telephone number and address of a medical or social service professional who can verify your request for reasonable accommodation/ modification:

Name: _____
Address: _____
Telephone: _____

I give my permission for the Kennewick Housing Authority to verify my request for reasonable accommodation with the medical/social service professional listed above.

Signature (of person requiring accommodation) Print Name Date



Petición de Acomodación/Modificación Razonable

Si usted, o un miembro de su casa, tienen una invalidez, y les gustara preguntar a las Autoridades de Alojamiento de la Ciudad de Kennewick (KHA) para un alojamiento a sus reglas o prácticas o en el Programa de Alojamiento Público hacer una modificación a su apartamento para aquella persona para tener el uso igual y el acceso a programas KHA, por favor complete esta forma y devuélvalo a KHA.

Compruebe todos los artículos que aplican y explican totalmente. Use el otro lado de esta forma si usted necesita más espacio. Si usted no puede llenar esta forma usted mismo, usted puede hacer que alguien le asista.

Por favor guarde copias de todos los documentos que usted presenta a su abastecedor de alojamiento.

Nombre de Cabeza de Casa: _____ **NO APLICA**
Dirección Corriente: _____
Teléfono: _____

La persona (s) que tiene una invalidez que requiere una acomodación razonable y/o modificación es:

Yo mismo Un miembro de casa: _____

Situación del peticionario:

1. Soy minusválido.
2. Mi invalidez afecta o limita mis actividades de los modos siguientes:

3. Necesito el acomodación siguiente o la modificación debido a mi invalidez:

Por favor proporcione el nombre, el número de teléfono y la dirección de un profesional de servicio médico o social que puede verificar su petición de la acomodación razonable/modificación:

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Doy mi permiso para las Autoridades de Alojamiento de Kennewick para verificar mi petición de la acomodación razonable con el profesional de servicio médico/social puesto en una lista encima.

Firma (de persona que requiere acomodación)

Nombre de Letra

Fecha